

HIPERPARATIROIDISMUL RENAL ASOCIAT CARCINOMULUI PAPILAR TIROIDIAN OCULT - PREZENTARE DE CAZ

Daniela Sala^{1*}, R. Neagoe¹, Miana Gliga¹, J. Ballasz²,
I. Hossu³, Angela Borda⁴, Otilia Moldovan⁵

*doctorand UMF Tg. Mures

- 1.Clinica Chirurgie II Spitalul Clinic Județean de Urgență Mureș
- 2.Clinica Endocrinologie Spitalul Clinic Județean Mureș
- 3.Clinica Nefrologie Spitalul Clinic Județean de Urgență Mureș
4. Departamentul de Anatomie Patologică Spitalul Clinic Județean de Urgență Mureș
- 5.Clinica ATI Spitalul Clinic Județean de Urgență Mureș

SYNCHRONOUS PAPILLARY THYROID CARCINOMA AND SECONDARY HYPERPARATHYROIDISM: CASE REPORT (ABSTRACT): Papillary thyroid carcinoma (PTC) is the most frequent form of thyroid cancer, and the association with primary hyperparathyroidism have been well described. Although, a synchronous PTC and renal hyperparathyroidism (HPT) is a rare event, with pathogenetic interest, often detected only by surgery. We suggest that the association between thyroid carcinomas and renal hyperparathyroidism should be always considered, highlighting several factors that may favour malignant transformation.

KEY WORDS: HIPERPARATIROIDISM TERȚIAR, CARCINOM PAPILAR, PARATIROIDECTOMIE SUBTOTALĂ.

Corespondență: Dr. Sala Daniela, doctorand UMF Tg. Mures, Clinica Chirurgie II, Spitalul Clinic Județean de Urgență Mureș, email: salatiana@yahoo.com*.

INTRODUCERE

Carcinomul papilar tiroidian (CPT) este cea mai frecventă formă de cancer tiroidian diferențiat, iar asocierea acestuia cu hiperparatiroidismul (HPT) primar este citată frecvent în literatura de specialitate. Descoperirea unui carcinom tiroidian diferențiat după o paratiroidectomie pentru HPT renal asociată cu o tiroidectomie pentru o prezumtivă gușă polinodulară este o raritate clinică, iar implicațiile patogenice între cele două tipuri de afecțiuni merită studiate.

PREZENTARE DE CAZ

Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 56 de ani, cunoscut cu boală renală cronică stadiul V pe fondul unei boli polichistice renale, fără antecedente familiale sau personale de cancer tiroidian sau iradiere cervicală, aflat în program de dializă cronică de 4 ani și 10 luni, care se internează pentru tratamentul chirurgical al unui HPT renal fără răspuns la tratament conservator. Examinările paraclinice evidențiază valori crescute ale parathormonului seric (PTH =1650, repetat PTH=1961 pg/ml), fosfatazei alcaline (FA=655 UI/l), calciului seric (Ca seric=10,65mg/dl) și fosforului seric (P=61,15mg/dl).

* received date: 18.07.2011

accepted date: 21.10.2011

Dozarea hormonilor tiroidieni evidențiază: TSH=0,24 UI/ml, FT4=0,94ng/ml, T3=102ng/dl. Ecografia tiroidiană arată o tiroidă cu ecostructură neomogenă, polinodulară, și trei formațiuni nodulare hipocogene, neomogene, cu semnal Doppler bine reprezentat, sugestive pentru paratiroide; nu se evidențiază adenopatii laterocervicale suspecte.

Scintigrafia paratiroidiană cu 99m Tc MIBI evidențiază zone de captare patologică a radiotrasorului sugestive pentru țesut paratiroidian patologic, localizate, una în treimea superioară a lobului tiroidian stâng, cu diametrul maxim de 2,7 cm, a doua la polul inferior al lobului stâng, având diametrul maxim de 1,5 cm, fără alte captări patologice în restul lojei tiroidiene sau peritiroidian. Cu diagnosticul preoperator de HPT renal terțiar, gușă polinodulară cu eutiroidie, se intervine chirurgical prin cervicotomie anterioară.

La explorarea chirurgicală remarcăm o glandă tiroidă mărită de volum, multiheteronodulară; retrolobar stâng două macroadenoame paratiroidiene, în poziție anatomică, ce se rezecă total. Explorând partea dreaptă a lojei tiroidiene, descoperim două paratiroide de aproximativ 1cm diametru, în poziție anatomică. Practicăm tiroidectomia totală și paratiroidectomie subtotală cu autoimplant paratiroidian drept inferior pe pedicul vascular, în poziție suprasternală. Am folosit pentru autotransplant paratiroida cu aspect macroscopic cvasinormal, pe care am rezecat-o subtotal după aducerea și fixarea ei suprasternal în țesutul subcutanat. Rezultatul histopatologic a confirmat hiperplazia paratiroidiană la nivelul tuturor glandelor trimise (Fig. 1).

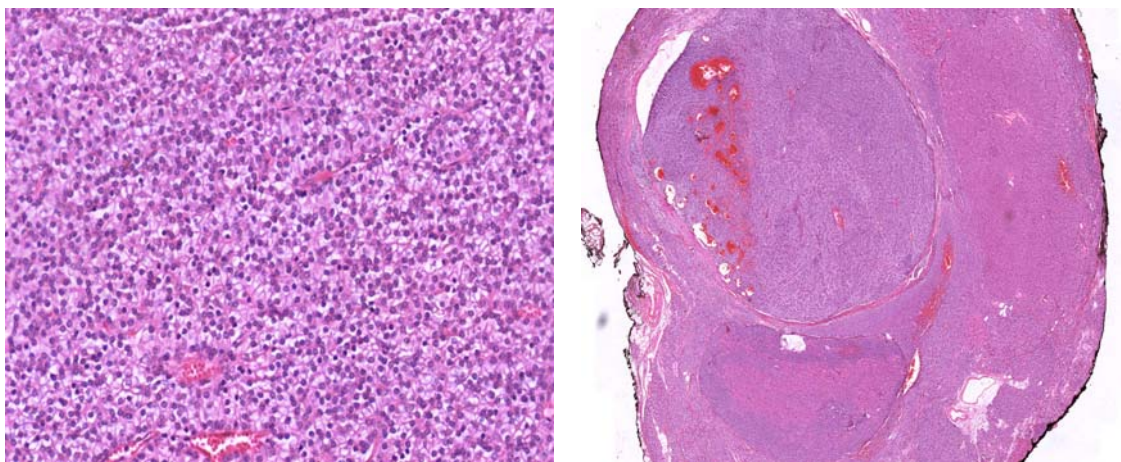


Fig. 1 Hiperplazie paratiroidiană difuză, aspect microscopic (col. HE).

În parenchimul tiroidian bilateral se observă numeroase focare tumorale cu dimensiuni între 1 și 7mm, infiltrative la periferie, cu arhitectură fie papilară, fie pur foliculară, având papile și foliculi tapetați de un epiteliu ce prezintă toate caracterele nucleare ale carcinomului papilar tiroidian: nuclei măriți de volum, clarificați, incizurați, încălecați, cu nucleoli excentrici atașași membranei nucleare (Fig. 2).

Postoperator evoluția a fost favorabilă, nivelul PTH postoperator fiind 10 pg/ml; tratamentul substitutiv cu calciu inițial parenteral, ulterior per os a fost menținut 28 de zile, iar substituția hormonală s-a efectuat cu Thyroxina 100mg/zi. Controalele efectuate la 3 și respectiv 6 luni au arătat o evoluție bună, cu dispariția pruritului și ameliorarea netă a durerilor osteoarticulare.

Nivelul PTH ului seric s-a menținut între 15- 30 pg/ml, iar valorile calcemiei au fost cvasinormale sub un minim tratament substitutiv cu calciu per os.

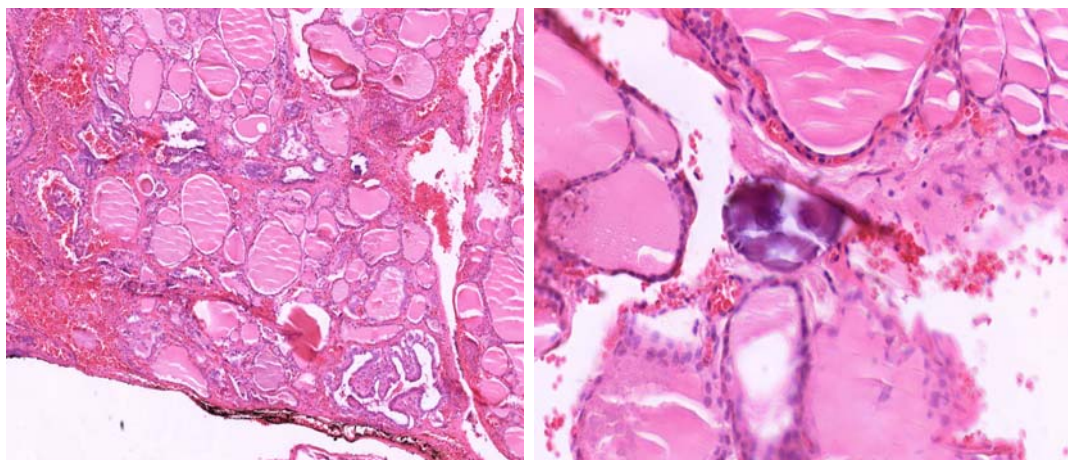


Fig. 2 *Microcarcinom papilar, aspecte nucleare: nuclei măriți de volum, clarificați, incizurați, încălecați, cu nucleoli excentrici atașași membranei nucleare. (col. HE).*

DISCUȚII

Adenoamele paratiroidiene se asociază frecvent cu diverse afecțiuni maligne, un loc important între acestea ocupând carcinoamele tiroidiene diferențiate și în primul rând carcinomul papilar.

Asocierea HPT renal (secundar sau terțiar) cu aceste tipuri de carcinoame tiroidiene este citată mai rar în literatură, deși există studii ce sugerează o frecvență crescută a afecțiunilor maligne în rândul pacienților cu insuficiență renală cronică, comparativ cu populația generală [1]. Prevalența carcinomului papilar ocult la bolnavii cu hiperparatiroidism renal se situează în jurul valorii de 2,5%, fiind mult inferioară prevalenței carcinomului papilar ocult citată de studiile europene autopsice (5 până la 9%); nu se poate susține astfel o asociere „etiologică” a celor două afecțiuni [2,3].

Mecanismul patogenic al acestei asocieri nu este pe deplin elucidat, existând mai mulți factori implicați direct sau indirect în carcinogeneză. PTH în exces determină proliferarea celulară la nivelul celulelor medulare sau hepatice in vivo sau al limfocitelor T in vitro, iar 1,25 dihidroxicolecalciferolul are un efect opus, suprimând proliferarea și stimulând diferențierea celulară. În condițiile unui pacient cu boală renală terminală acțiunea pro-tumorală a PTH nu este inhibată datorită deficienței vitaminei D [4], excesul de parathormon constituindu-se într-un real factor carcinogenic.

Un alt factor carcinologic incriminat este iradierea cervicală, care deși nu este prezentă în anamneza pacientului nostru, este cunoscută ca factor de risc pentru cancerul tiroidian [4,5].

Alți factori incriminați în carcinogeneză la pacienții cu boală renală terminală sunt excesul de calciu cu binecunoscutul său efect gușogen, excesul de calcitonină ca răspuns la hipercalcemie, medicamente utilizate în tratarea HPT renal. Nu în ultimul rând trebuie menționată imunodeficiența acestor pacienți uremici, imunitatea fiind un factor general acceptat, de apărare împotriva modificărilor neoplazice.

Asocierea HPT renal cu leziuni tiroidiene nodulare documentate preoperator sau descoperite intraoperator la palparea atentă și consecventă a lobilor tiroidieni mobilizați, constituie un argument pentru sancțiunea chirurgicală a tiroidei în același timp cu paratiroidectomia, fie în forma unei isthmobectomiei în cazul leziunilor unilobare, fie a unei tiroidectomii totale extra-sau intracapsulare dacă leziunile sunt difuz răspândite în ambii lobi tiroidieni.

Examenul extemporaneu poate stabili uneori diagnosticul de malignitate dar există situații în care acesta este neconcludent, diagnosticul definitiv fiind stabilit doar prin analiza finală a piesei la parafină.

Tipul histologic de cancer tiroidian diferențiat întâlnit cel mai frecvent în asociere cu HPT renal este microcarcinomul papilar (pT1) [6]. Semnificația clinică a acestor tumori este neclară, în majoritatea cazurilor fiind vorba de leziuni oculte subcentimetrice, dar descoperirea lor fortuită cu ocazia paratiroidectomiei, impune tiroidectomia totală [7,8].

CONCLUZII

Am prezentat cazul unui pacient cu hiperparatiroidism renal la care asocierea unei tiroidectomii totale pentru o prezumtivă gușă polinodulară a relevat la examenul histopatologic definitiv un microcarcinom papilar tiroidian multifocal. Descoperirea unor leziuni nodulare tiroidiene cu ocazia unei paratiroidectomii pentru hiperparatiroidism renal impune sancțiunea chirurgicală a tiroidei.

BIBLIOGRAFIE

1. Maisonneuve P, Agodoa L, Gellert R, Stewart JH, Buccianti G, Lowenfels AB, Wolfe RA, Jones E, Disney AP, Briggs D, McCredie M, Boyle P. Cancer in patient on dialysis for end stage renal disease: an international collaborative study. *Lancet*. 1999; 354(9173): 93-99.
2. Seehofer D, Rayes N, Klup J, Natasha Niessler, Ulrich F, Graef KJ, Schindler R, Steinmuller T, Frei U, Neuhaus P. Prevalence of thyroid nodules and carcinomas in patients operated on for renal hyperparathyroidism: experience with 339 consecutive patients and review of the literature. *World J Surg*. 2005; 29(9): 1180-1184.
3. Klyachkin ML, Sloan DA. Secondary hyperparathyroidism: evidence for an association with papillary thyroid cancer. *Am Surg*. 2001; 67(5): 397-399.
4. Vamkas S, Bahner U, Heidland A. Cancer in end stage renal disease: potential factors involved. *Am J Nephrol* 1998; 18: 89-95.
5. Miki H, Oshimo K, Inoue H, Kawano M, Morimoto T. Thyroid carcinoma in patient with secondary hyperparathyroidism. *J Surg Oncol* 1992; 49(3): 168-171.
6. Tarras F, Daki S, Benjelloun M, Ramdani B, Berghanem MG, Zaid D, Sqalli S. Synchronous papillary thyroid carcinoma and secondary hyperparathyroidism: report of cases and review of the literature. *Oral Oncology Extra* 2005; 41(4): 74-76.
7. Burmeister LA, Sandberg M, Carty SE, Watson CG. Thyroid cancer found at parathyroidectomy: association with primary, secondary and tertiary hyperparathyroidism. *Cancer* 1997; 79: 1611-1616.
8. Târcoveanu E, Niculescu D, Moldovanu R, Cotea E, Vasilescu A, Dănilă N, Lăzescu D, Ferariu D, Crumpei F, Ichim M, Zbranca E. Surgical treatment of hyperparathyroidism. *Chirurgia*. 2009; 104(5): 531-544.